

Clinica Chirurgica Generale della R. Università di Torino
Direttore: Prof. O. UFFREDUZZI

Prof. A. M. DOGLIOTTI
Aiuto incaricato di Semeiotica Chirurgica

**Sul trattamento
dello spasmo facciale essenziale**

Estratto da *Minerva Medica*

Anno 1933 - XI



TORINO
TIPOGRAFIA EDITRICE MINERVA
1933

Clinica Chirurgica Generale della R. Università di Torino
Direttore: Prof. O. UFFREDUZZI

Prof. A. M. DOGLIOTTI
Aiuto incaricato di Semeiotica Chirurgica

Sul trattamento dello spasmo facciale essenziale ¹⁾

Avendo avuto opportunità di studiare alcuni casi tipici di spasmo facciale essenziale ho potuto in essi applicare in un primo tempo quei mezzi terapeutici che sono consigliati e che furono tentati con vario successo dagli Autori che si occuparono di questa singolare ed oscura affezione. In seguito, di fronte alla temporaneità dei risultati che si sogliono osservare e che io pure ho constatato con tali metodi di cura, cercai di spingere oltre il mio studio tentando vie nuove e più efficaci. Quanto finora ho osservato mi sembra non solo sufficiente per aprire l'animo a speranza di più durevoli e soddisfacenti successi, ma mi sembra anche di notevole interesse per l'interpretazione patogenetica della forma morbosa che ci interessa.

Noi sappiamo che in buon numero dei casi di spasmo facciale localizzato o diffuso a tutto il territorio di innervazione del nervo si tratta di forme secondarie o riflesse ad affezioni interessanti campi sensitivi periferici (affezioni oculari, lesioni nasali e delle cavità accessorie, della bocca e particolarmente dei denti, nevralgie del trigemino, ecc.) od a malattie a carattere infiammatorio o neoplastico che si svolgono lungo il decorso del nervo facciale. In tutte queste forme è evidente che deve essere posta ogni cura per scoprire e, possibilmente, eliminare l'elemento causale primitivo. Si potrà così nella generalità dei casi ottenere un miglioramento ed una guarigione stabile e completa dello spasmo.

Ma noi sappiamo pure che esistono casi di spasmo facciale che insorgono in modo subdolo, senza causa apparente, che di solito si iniziano in forma circoscritta (più spesso sotto forma di blefarospasmo) per diffon-

¹⁾ Comunicazione fatta alla Società Oto-neuro-oftalmologica - Torino, 29 giugno 1933 - XI.

dersi a volte a tutto il facciale di un lato, emispasmo facciale, e più raramente anche al lato opposto, spasmo facciale bilaterale (paraspasmo facciale bilaterale di Sicard e Meige). Sono caratteristici in queste forme di spasmo, che chiameremo essenziale per significare la nostra ignoranza dell'elemento causale, l'insorgenza ritmica delle contrazioni con tutti i caratteri comuni dello spasmo clcnico o clonico-tonico, la loro assoluta indipendenza dalla volontà, la conservazione, d'altra parte, dei movimenti volontari, la perfetta integrità mentale dei pazienti, la scarsità di alterazioni nell'eccitabilità elettrica che a volte è aumentata, altre volte anche diminuita.

Lo spasmo facciale essenziale è inoltre malattia a lunga durata, spesso lentamente progressiva e tale da determinare condizioni angosciose nei pazienti che pur senza sofferenze ed in ottime condizioni generali sono gravemente impediti nella loro vita di relazione. Nelle forme più gravi di blefarospasmo bilaterale è resa pericolosa la stessa deambulazione per l'insorgere brusco ed inavvertito della chiusura dei due occhi che immobilizzano per alcuni secondi il paziente che non può vedere. Nell'atto di mangiare, di parlare e soprattutto di leggere lo spasmo si accentua.

La patogenesi di queste forme è stata molto discussa ed è tuttora incerta. Furono descritti casi di origine psichica dopo spaventi ed emozioni violente, catastrofi, terremoti (Oppenheim), forme di contrazioni ritmiche nel corso o come postumo di encefalite letargica, più spesso forme postneuritiche nelle quali alla neurite progressiva segue uno stato irritativo cronico che agisce sia direttamente sulle fibre motorie del facciale sia indirettamente per stimolo delle presunte fibre sensitive contenute nel tronco del nervo (Shattenstein e Sobol hanno sostenuto questo secondo meccanismo). Qualche Autore in seguito ad osservazione di forme di emispasmo associato a paresi del facciale (che C. Negro considerava quali veri « equivalenti » di paralisi facciale periferica) ha pensato che entrasse in campo una prevalenza della innervazione simpatica con ipertonìa del sarcoplasma (Louis e Löwi). Altre volte i caratteri stessi delle contrazioni che si diffondono progressivamente a tutto il

facciale di un lato per dilagare in seguito anche verso il lato opposto fanno pensare piuttosto ad una lesione irritativa centrale, nucleare o internucleare, che non ad una lesione periferica.

Nello spasmo facciale essenziale, ribelle a tentativi generici di cura sintomatica (antispasmodici, cure elettriche, cure antiluetiche ex juvantibus, roentgenterapia, ecc.), la cura diviene di pertinenza chirurgica. I mezzi finora impiegati sono essenzialmente rivolti ad ottenere una riduzione dell'eccitabilità diretta o riflessa del facciale. Il più noto ed usato tra questi mezzi è l'iniezione di alcool sul tronco del facciale o sui rami maggiormente interessati dallo spasmo (Schlosser, Sicard, Puusepp, Abadie, Patrick, ecc.). Questo metodo è stato ed è tuttora usato abbastanza largamente, ma i risultati sono assai modesti, poichè se in primo tempo si ottiene di regola una cessazione dello spasmo, spesso a questo periodo di sollievo si accompagna una paralisi motoria più o meno notevole, a volte anche completa, che persiste per alcuni mesi. In secondo tempo, con il ritorno della piena efficienza motoria del facciale, si assiste al ripetersi dello spasmo. Il metodo presenta inoltre notevoli difficoltà di gradazioni, poichè si può facilmente passare da iniezioni inefficienti quando l'alcool si diffonde ad una certa distanza dal nervo, ad iniezioni troppo efficienti con paralisi completa quando l'alcool è iniettato direttamente nel tronco nervoso. Comunque vi sono casi fortunati nei quali si determina una paralisi parziale e cessa lo spasmo. Ma anche in questi casi dopo alcuni mesi si ha di regola la recidiva.

Altro metodo consiste nello scoprimento del tronco nervoso e nel suo stiramento graduato. Proposto dal Baum fu applicato da alcuni chirurghi, ma anche in questi casi, se pure la lesione chirurgica del facciale è più facilmente controllabile che non con l'iniezione tronculare di alcool, il risultato è temporaneo poichè dopo qualche mese, dileguandosi la lieve paresi residua allo stiramento, ritorna lo spasmo. Lo stesso andamento è stato visto da Puusepp in seguito a neurotomia parziale del facciale.

Metodo sicuramente più radicale, ma non scevro di inconvenienti è quello proposto da Kennedy ed appli-

cato anche da altri Autori che consiste nel taglio del facciale e del n. spinale, innestando sul capo periferico del facciale il capo centrale dello spinale (incrocio spino-facciale). Questo intervento implica tuttavia il sacrificio della funzione dello spinale ed un lungo lavoro di riadattamento funzionale a rigenerazione avvenuta nel campo spino-facciale. Altri Autori hanno proposto il taglio definitivo di ramuscoli periferici del facciale, specie nel blefarospasmo, ma anche qui è facile la recidiva per la rigenerazione delle fibre recise.

Nei miei casi ho applicato successivamente diversi metodi e sono giunto infine ad un intervento che ritengo originale e che desidero oggi illustrare.

In un primo caso (emispasmo facciale essenziale, grave, progressivo, in un uomo di 29 anni, perfettamente sano ed efficiente) ho provato in primo tempo ad eliminare il dubbio che fosse in giuoco un meccanismo riflesso trigemino-facciale. Ho perciò bloccato temporaneamente la sensibilità del trigemino dello stesso lato mediante anestesia del ganglio di Gasser (iniezione di soluzione di novocaina nel ganglio attraverso il foro ovale). Stabilitasi profonda e completa anestesia nel territorio del trigemino, si è visto che lo spasmo facciale persisteva senza alcuna modificazione. In secondo tempo ho bloccato con iniezioni anestetiche la catena del simpatico cervicale provocando una tipica sindrome di Claude Bernard Hörner della durata di alcune ore. In seguito a questo intervento si è avuto una attenuazione degli spasmi, ma in misura limitata. Più tardi ho praticato alcune iniezioni di alcool su rami periferici del facciale superiore, ma il risultato favorevole è durato poche settimane.

Ho infine praticato in questo paziente, il quale sollecitava una cura che lo liberasse dalla infermità che gli ostacolava gravemente le possibilità di lavoro, lo stiramento del n. facciale all'emergenza dal foro stilo-mastoideo, aggiungendo allo stiramento una cautelata minuta delacerazione parziale di fibre, qua e là nel tronco stesso, così da realizzare una specie di *micro-resezione parziale* del nervo. A questo intervento è seguita una paresi diffusa ma non grave del facciale, migliorata in pochi giorni come dimostra la proiezione

cinematografica che presento. Lo spasmo è cessato completamente con piena soddisfazione del paziente al quale la lieve paresi residua non dava alcun disturbo passando praticamente inavvertita.

Tuttavia sei mesi dopo l'operazione si è avuto un lento ma progressivo ritorno dello spasmo che attualmente, a 14 mesi di distanza, è di poco meno intenso di prima dell'intervento. In questo paziente mi propongo di praticare l'operazione che descriverò in seguito parlando del terzo caso.

In un secondo caso (uomo di 58 anni con emispasmo essenziale che dura da 4 anni) ho praticato in primo tempo l'asportazione del ganglio cervicale superiore. Lo spasmo si è ridotto di intensità ed il paziente afferma di provare un notevole sollievo. Ma lo spasmo persiste soprattutto a carico dell'orbicolare e dopo 7 mesi il paziente ritorna per alcune iniezioni di alcool che pratico sulle terminazioni della branca superiore. Riduzione sensibile dello spasmo che tuttavia non scompare del tutto e che probabilmente recidiverà con i caratteri primitivi.

Nel terzo caso, donna di 69 anni, con un caratteristico paraspasmo facciale bilaterale « sine causa », iniziatosi alcuni anni or sono con un blefarospasmo monolaterale che si è venuto progressivamente aggravando con diffusione dello spasmo a tutto il facciale di un lato e quindi anche a quello del lato opposto, ho praticato un intervento che offre presuntivamente speranze di persistente successo.

Partendo dalle cognizioni esposte in precedenza e soprattutto dal fatto da me stesso osservato in modo evidentissimo nel caso I e cioè che in seguito ad una riduzione numerica delle fibre motorie del facciale quale ottenni con la microresezione, si verifica la cessazione dello spasmo pur senza giungere ad una paralisi completa del facciale, ho ideato un *intervento che accconsente di ridurre definitivamente il numero delle fibre funzionanti del facciale, sopprimendo il gruppo di fibre maggiormente colpite dalla malattia.*

Nel mio III caso, come ho detto, lo spasmo si era iniziato, e questo andamento è del resto il più comune, con un blefarospasmo a destra. Solo più tardi lo spasmo

si è diffuso al facciale inferiore destro e quindi al facciale sinistro. Ho pensato quindi di intervenire prima a destra nel modo seguente.

Isolato il tronco del n. facciale all'emergenza dal foro stilomastoideo, l'ho isolato con cura fino al punto di biforcazione e quindi ho messo in evidenza le due branche nelle quali si divide, superiore ed inferiore,

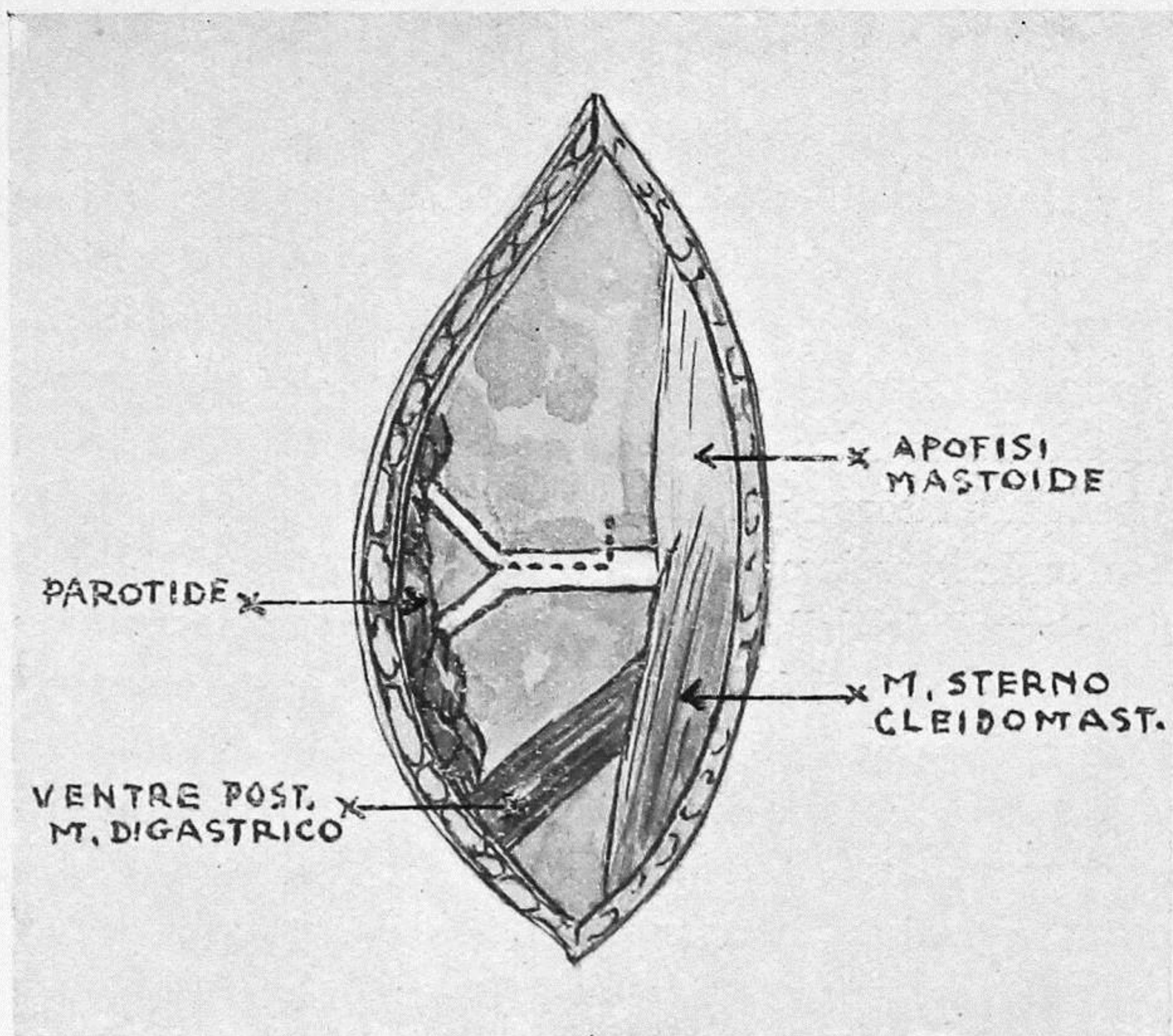


Fig. 1

seguendole fino al punto di entrata nella loggia parotidea (fig. 1). Messo così bene allo scoperto il nervo ho separato con bisturì sottile le due branche verso l'indietro fino quasi al foro stilomastoideo ed ho sezionato la branca superiore. Quindi ho praticato nella branca inferiore, in prossimità del suo punto di entrata nella loggia parotidea, un minuscolo occhiello, con sezione di una piccola quantità delle fibre nervose che la costituiscono. In questo occhiello ho inserito l'estremità libera del capo periferico della branca superiore recisa fissandovela con un punto di seta finissima (ago e filo da sutura vascolare - fig. 2).

Dopo l'intervento si è constatato naturalmente para-

lisi completa della branca superiore del facciale, e paresi lieve della branca inferiore. Quale era l'avvenire presunto in questo caso? Ecco in breve il mio concetto: soppresso pressochè definitivamente il capo centrale della branca superiore recisa, la neurotizzazione del capo periferico di tale branca veniva ad essere affidata ai fiocchetti di fibrille in rigenerazione scaturiti dalle

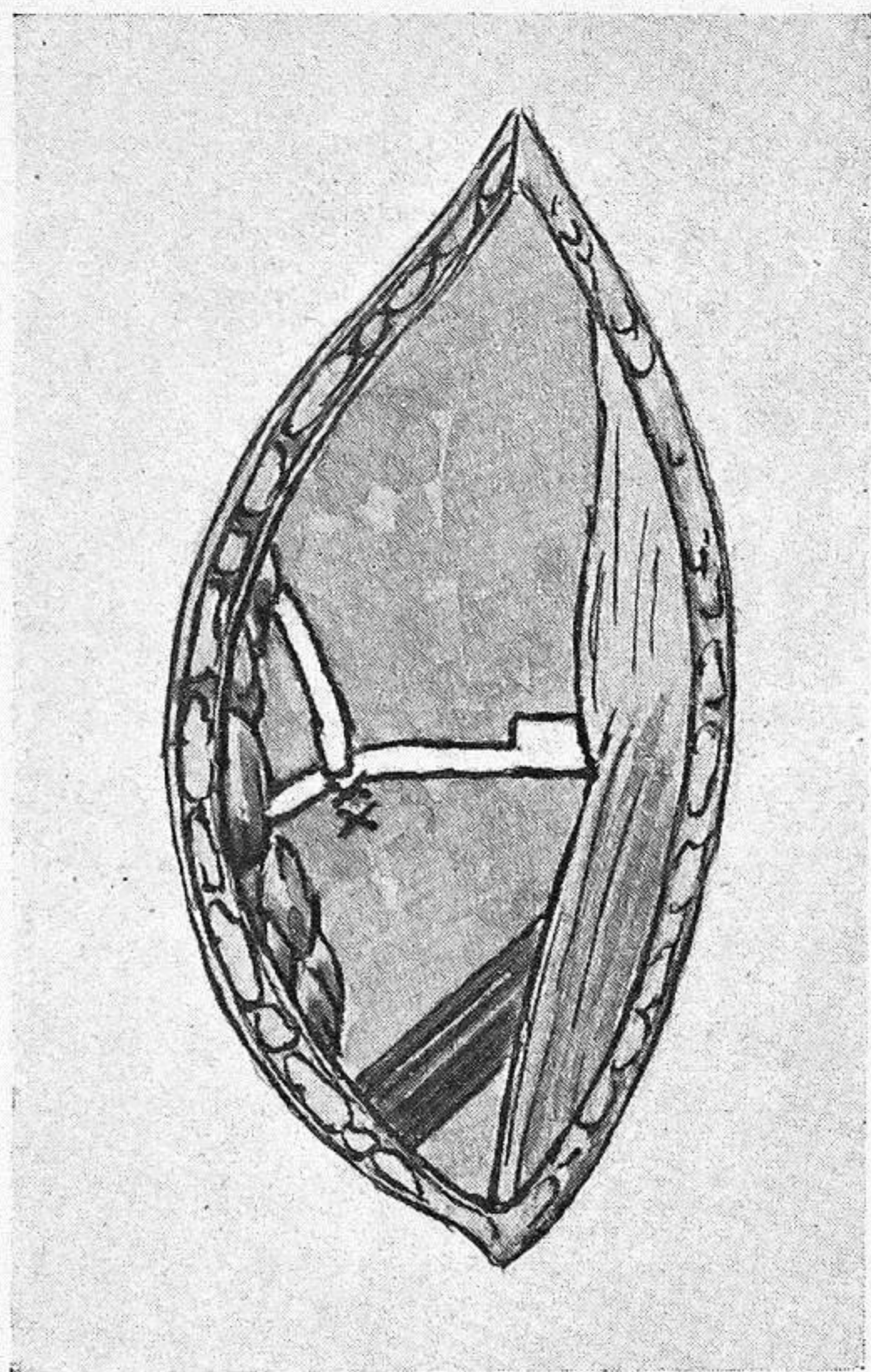


Fig. 2

poche fibre della branca inferiore che erano state sezionate per la formazione dell'occhiello nel quale avevo innestato il capo periferico della branca superiore. In tal modo si dovrebbe avere, dopo alcuni mesi, un parziale ritorno di funzione nel facciale superiore, con lieve scapito della funzione del facciale inferiore. Mi si potrà obiettare che con il ritorno di funzione reciderà lo spasmo, ma noi sappiamo, da quanto prima si è detto, che quando l'innervazione periferica è ridotta in modo sensibile lo spasmo più non si produce. Orbene nel nostro caso il ritorno di funzione non potrà che essere sensibilmente ridotto per l'esiguo numero di fibre che possono partecipare alla rigenerazione. Inoltre

essendo la branca inferiore, chiamata a fornire la neurotizzazione anche di quella superiore, meno gravemente colpita dalla affezione spasmogena che non la superiore, è presumibile che, aggravata come sarà di un compito periferico raddoppiato, non sia in grado di riprodurre la sindrome spasmodica.

Questa è la teoria; in pratica ecco quanto si è visto durante i primi tre mesi di osservazione dell'ammalata che presento.

Subito dopo l'intervento: paralisi completa del facciale superiore destro, paresi del facciale inferiore dallo stesso lato, scomparsa di qualsiasi accenno di spasmo dal lato operato. Persiste, un po' diminuito, lo spasmo dal lato opposto.

Dopo 15 giorni persiste paralisi completa del facciale superiore destro, molto migliorata la paresi del facciale inferiore. Appianamento notevolissimo della fitta e profonda rete di rughe che segnavano il volto della paziente. Nessun accenno di spasmo a destra. A sinistra lo spasmo si è ancora ulteriormente ridotto di intensità e frequenza.

Dopo 3 mesi ricomparsa di accenni di funzione in corrispondenza del facciale superiore. La paresi del facciale inferiore ancora migliorata. La paresi del facciale destro non dà complessivamente alcun disturbo alla paziente che la preferisce di gran lunga allo spasmo. Nessun accenno di spasmo dal lato operato. Persiste molto attenuato lo spasmo a sinistra.

Queste sono le condizioni attuali della paziente. Essa chiede di essere operata anche dal lato sinistro per sopprimere definitivamente lo spasmo. Questo intervento sarà prossimamente eseguito. L'avvenire dirà entro uno o due anni se, col ritorno parziale ma sufficiente della funzione del n. facciale operato, si avrà o no una recidiva dello spasmo. Io credo di no, per le ragioni che ho sopra esposte. Comunque sarò lieto di riferire sui risultati lontani di questo intervento che oggi ho illustrato in forma di nota preventiva.

